Tweede Kamer der Staten-Generaal **2**

Vergaderjaar 2015–2016

29 515 Aanpak regeldruk en administratieve lasten

Nr. 378

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 februari 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 januari 2016 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 mei 2015 inzake de aanbieding van de voortgangsrapportage van het Kwaliteitsinstituut (Kamerstuk 31 765, nr. 144);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2015 inzake merkbaar minder regeldruk in de zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 364);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 oktober 2015 inzake de rapportage «Regeldruk in de curatieve zorg: regels die eenvoudiger kunnen of als overbodig worden ervaren» (Kamerstuk 29 515, nr. 368);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 november 2015 inzake de stand van zaken november 2015 over diverse onderwerpen op het gebied van zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 371).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-29515-378
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Van Gerven, De Lange, Van der Staaij,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen. Ik heet de Minister en haar ambtenaren welkom, alsmede de commissieleden. We hebben een spreektijd afgesproken van vier minuten per persoon en ik zal twee interrupties per woordvoerder toestaan.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Ik begin graag met een kafkaiaans voorbeeld. Helaas blijkt dit de praktijk te zijn. De Opiumwet waarvan de basis in 1928 is gelegd, schrijft namelijk voor dat recepten met onuitwisbare inkt moeten zijn geschreven. Dat is echter niet genoeg. De apotheek moet naast een origineel recept een digitaal recept ontvangen hebben met de volledige naam en de handtekening van de arts. Afgelopen week ben ik op werkbezoek geweest bij een apotheek in het Westland en uit de praktijk blijkt dat slechts 5% van de patiënten een origineel recept van de arts meekrijgt. Dat is overigens niet vreemd, want de huidige richtlijn schrijft voor dat recepten digitaal naar de apotheek verzonden moeten worden. Toch staat er in de regelgeving dat er een dubbele administratie moet worden bijgehouden en dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarop controleert. Dat wordt daadwerkelijk gedaan. Als je die met onuitwisbare inkt geschreven recepten niet ordelijk op een rijtje hebt, heb je dus ook te maken met een verantwoordingsprobleem.
Helaas is de wetgeving dus niet aangepast aan de huidige digitale praktijk. Dat lijkt mij echter wel nodig. Is de Minister bereid om deze verouderde werkwijze aan te passen aan de huidige tijdgeest?
Vanzelfsprekend blijft van belang dat er een ordelijke registratie is van de uitgifte van opiaten. Daarover is geen twijfel. Is de Minister bereid om met de sector na te gaan of er nog meer verouderde werkwijzen zijn die kunnen worden gemoderniseerd? Kan er overleg worden gevoerd met de IGZ om na te gaan hoe er in de tussentijd omgegaan wordt met de handhavingspraktijk?
Uit het onderzoeksrapport van KPMG dat gisteren is verschenen, blijkt dat het goed is dat we vandaag ook spreken over administratieve lasten. Enerzijds wordt er steeds meer controle gevraagd, vervat in regels. Anderzijds willen we dat de zorgverleners vooral met de zorg aan patiënten bezig zijn. Dat is een paradox. Voor een goede balans tussen beide is het daarom van belang dat we inzetten op twee uitgangspunten, namelijk het hooghouden van de kwaliteit van de zorg en het zo veel mogelijk beperken van de bureaucratie. Dit met als doel dat de juiste ruimte er is voor registraties die ertoe leiden dat de kwaliteit van zorg beter wordt. Voorbeelden als Meetbaar Beter en de DICA-registratie (Dutch Institute for Clinical Auditing) tonen aan dat er echt kwaliteitswinst te behalen valt. Kwaliteitsprojecten hoeven slechts aan een paar voorwaarden te voldoen: ze moeten de uitkomsten meten en patiëntgericht en artsgedreven zijn, ze dienen volledig transparant te zijn en te werken aan de hand van een beperkte dataset. Kan de Minister aangeven hoe zij hier tegenaan kijkt?
De gezamenlijke aanpak van de ervaren regeldruk heeft bij de huisartsen geleid tot het afschaffen van overbodige regels, wat succesvol is. Deze aanpak wordt verbreed naar de andere eerstelijnssectoren. Kan de

Minister aangeven welke andere sectoren dat zijn en komt er eenzelfde aanpak voor de tweede lijn?
In de Kamerbrief over merkbaar minder regeldruk schrijft de Minister dat zij de regeldruk in de zorg merkbaar wil verminderen. Erkent de Minister het verband tussen toezichtdruk bij zorgverzekeraars en regeldruk bij zorgverleners? Hoe staat de Minister tegenover het idee Actal (Adviescollege toetsing regeldruk) hiernaar een aanvullend onderzoek te laten doen? Is zij bereid om deze onderzoeksresultaten mee te nemen in het ontplooien van vernieuwende initiatieven om de regeldruk te verminderen? Is zij tevens bereid om in overleg met de toezichthouders en zorgverzekeraars de gevolgen van dubbel toezicht te beperken?
Voor een aantal begrippen geldt dat er geen eenduidige interpretaties zijn, bijvoorbeeld niet van het begrip «medische noodzaak». Hoe kan de Minister faciliteren dat de interpretatie en toepassing van begrippen door zorgverzekeraars eenduidig zijn? Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij het initiatief met betrekking tot de Nationale Kernset Patiëntproblemen van de V&VN, de beroepsvereniging van zorgprofessionals.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer De Lange vraagt een nadere definitie van begrippen waarmee zorgverleners werken, bijvoorbeeld artsen en apothekers. Ik noem het begrip «medische noodzaak» als voorbeeld. Ziet de heer De Lange niet het risico dat er juist extra regeldruk komt door een en ander tot in detail te regelen? Zou het niet goed zijn om juist op dat punt te vertrouwen op de deskundigheid van de professional? Verdient dus niet de ruimte, de voorkeur die er is om invulling te geven aan de kennis die de professional heeft?

De heer **De Lange** (VVD): Ik ben het er zeer mee eens dat we uit moeten gaan van de professional en de kennis die er binnen de sector is. We moeten echter binnen ons systeem verschillende partijen hebben die in dezelfde taal met elkaar kunnen praten. Daarom is het van belang om uit te gaan van dezelfde taal en eenduidigheid in de sets. Het probleem is nu dat op allerlei verschillende plekken verschillende wielen worden uitgevonden en dat mensen, voordat zij het weten, vreemde talen spreken waardoor ze elkaar niet meer verstaan. Dit, terwijl zij wel hetzelfde doel hebben. Daaruit komt mijn pleidooi voort. Maar alles is altijd gedreven op de inhoud van de zorgprofessional, de vraag van de patiënt en de zorgverzekeraar die een en ander moet begrijpen. Dat is het uitgangspunt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nu begrijp ik de heer De Lange wat beter. Misschien is het begrip «medische noodzaak» niet het beste voorbeeld daarbij. Dat begrip is namelijk in het leven geroepen voor geneesmiddelen, zodat juist de professional vanuit zijn deskundigheid kan aangeven dat patiënten bepaalde middelen nodig hebben en de zorgverzekeraar dat moet volgen. Doelt de heer De Lange met de noodzaak om te verduidelijken specifiek op het begrip «medische noodzaak»? Het CDA zegt dat dit begrip juist niet verduidelijkt moet worden. Welke andere begrippen zouden volgens de heer De Lange verder verduidelijkt moeten worden?

De heer **De Lange** (VVD): Er blijkt in de praktijk toch nog de nodige discussie te ontstaan over het begrip «medische noodzaak». Om die reden noem ik dat. Maar er zijn natuurlijk ook andere begrippen die op een andere manier worden geïnterpreteerd. De vraag is dus hoe dit anders zou kunnen. Vandaar dat het idee met betrekking tot de Nationale Kernset Patiëntproblemen als voorbeeld is genoemd om tot eenduidigheid van begrippen te komen. Dat lijkt mij nuttig. Genoemd initiatief is, zoals gezegd, ontstaan vanuit een beroepsvereniging.

De heer **Van Gerven** (SP): Terecht wordt het begrip «medische noodzaak» aangeroerd. Er was helemaal geen discussie, maar de

zorgverzekeraars hebben tegen onder anderen de huisarts gezegd dat hij op twee of drie A4'tjes moet aangeven waarom het middel noodzakelijk is. Het wantrouwen van de zorgverzekeraars heeft ervoor gezorgd dat er een probleem werd gecreëerd. Wil de heer De Lange daarop reflecteren?

De heer **De Lange** (VVD): Dit onderstreept in ieder geval de discussie die inhoudt dat het heel goed is om met een eenduidig begrippenkader te komen. Natuurlijk komt dit voort uit discussies met verzekeraars die een begrip op een bepaalde manier uitleggen en die deze uitleg bevestigd willen zien en die met de arts die het begrip «medische noodzaak» op een bepaalde manier interpreteert. Om dit soort discussies te voorkomen, pleit ik dus voor een eenduidig begrippenkader.

De heer **Van Gerven** (SP): Er was geen probleem. De zorgverzekeraars maken er een probleem van. Vervolgens neemt de Tweede Kamer een motie van mijn hand aan met als doel dat, als er op papier «medische noodzaak» staat, het recept geleverd moet worden. Die motie wordt vervolgens uitgevoerd. In de praktijk gebeurt dat echter niet. Vervolgens komen de huisartsen in opstand en de conclusie van «het roer moet om» is dat, als er medische noodzaak op het recept staat, het medicijn gewoon geleverd wordt. Dan zijn we weer waar we oorspronkelijk begonnen. Is niet de conclusie hiervan dat de zorgverzekeraar er tussenuit moet als het gaat om het houden van toezicht op de kwaliteit? De zorgverzekeraar moet immers niet op de stoel van de huisarts of die van de hulpverlener gaan zitten.

De heer **De Lange** (VVD): Het antwoord op die vraag is «nee». Beiden hebben een verschillende rol in het stelsel. Eenduidigheid van begrippen is van belang. Het begrip «medische noodzaak» moet door de medici op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd als door de verzekeraar. Volgens mij geeft de heer Van Gerven in zijn interruptie aan dat er in de praktijk problemen zijn en daar waar problemen zijn, moeten er oplossingen komen.
Ik rond af. Hoe kan de Minister faciliteren dat er gebruik wordt gemaakt van eenduidige basisdatasets? Is zij bereid om hiervoor te zorgen? Dat is volgens mij namelijk de kern van de oplossing voor het probleem dat op vele plekken verschillende ideeën leven, terwijl het juist van belang is om terug te gaan naar de basis: wat wil je echt weten om de kwaliteit te verbeteren?
Tenslotte vraag ik aandacht voor iets wat wij zelf kunnen oplossen. In de brief van de Minister staat dat niet altijd extra regelgeving gewenst is om problemen op te lossen. De Kamer kan hierbij nadrukkelijk een rol spelen. De oplossing begint wat dit betreft bij onszelf.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. We hebben regels nodig om de samenleving te ordenen, zo ook in de gezondheidszorg. In de zorg is de laatste decennia echter iets geks gebeurd. De overhead, de bureaucratie, is enorm gegroeid doordat de zorg ingewikkelder is geworden en de samenleving fouten in de zorg in mindere mate accepteert. Die regulering wordt geaccepteerd als de werkers in de zorg en de patiënten het nut daarvan inzien. Wat het laatste betreft gaat het steeds vaker mis.
De vraag is waarom we zo'n ingewikkeld stelsel nodig hebben. Dat stelsel is een giftige cocktail van marktwerking en bezuinigingen waarmee wantrouwen wordt georganiseerd. We hadden het zojuist over de «medische noodzaak». De overhead in ziekenhuizen is in Nederland relatief hoog, namelijk 4% hoger dan in bijvoorbeeld Engeland. We praten dan over heel veel geld, namelijk 800 miljoen euro. Ik vraag de Minister of dat niet aan de marktwerking ligt. Zo nee, hoe kan zij deze verschillen dan verklaren? Het kan toch niet goed zijn dat een ziekenhuis 13.000 uren per jaar kwijt is aan registratie – het heeft daarvoor tien mensen fulltime in

dienst – en dat de medewerkers 2 A4'tjes met wachtwoorden nodig hebben om toegang te krijgen tot verschillende systemen?
Iedereen voelt dat we over die doelmatigheidsgrens heen zijn. Het kabinet stelt zich ten doel om de regeldruk in de periode 2012–2017 structureel met 2,5 miljard te verminderen voor bedrijven, burgers en professionals. Het is begin 2016. Ik vraag mij dan ook af welk percentage van die 2,5 miljard aan verlagingen we als resultaat op de VWS-begroting zullen zien. Klopt het dat het Ministerie van VWS achterloopt in vergelijking met andere ministeries wat het terugdringen van administratieve lasten betreft?
Goed nieuws is dat de professionals in opstand zijn gekomen. De huisartsen deden dat met hun actie onder de titel «het roer moet om». Daarmee is het ze gelukt om een slag te slaan in het gevecht tegen het gebruik van onnodige formulieren en het wantrouwen dat besloten ligt in het huidige zorgstelsel. Het is goed dat we dit pad voor de verdere eerstelijnszorg blijven volgen en dat er gestart is met het voeren van gesprekken met verschillende partijen, waaronder fysiotherapeuten, psychologen, psychiaters en logopedisten. Laten we vooral het tempo erin houden, zodat in 2017 – dan moeten de fysiotherapeuten en anderen weer een onderhandelingscircus in met zorgverzekeraars – in ieder geval alle contracten enzovoorts zijn gestandaardiseerd. Laat het uitgangspunt zijn dat de verslaglegging weer in handen komt van de beroepsgroep en dat we alleen datgene registreren wat nuttig is.
Hoe is het met de andere eerstelijnsprofessionals gesteld? Zullen er normale verhoudingen ontstaan tussen de professionals en de zorgverzekeraars? Wij stellen voor om de verantwoordelijkheid voor kwalitatieve controles weg te halen bij de zorgverzekeraars en de zorgkantoren. Wat is de reactie van de Minister hierop? Mocht zij zich daarin kunnen vinden, dan vraag ik mij af hoe wij dat gaan regelen. We moeten naar een simpeler systeem met prikkels op de juiste plaatsen. Hoe maken we echt een stap als de Minister niet wil dat er een stelselwijziging komt? Onze stelling is dat niet een eenvoudig stelsel fraude uitlokt maar dat een ingewikkeld stelsel dat wel doet.
Hoe gaat de Minister om met schaalvergroting in de zorg? Zorgaanbieders worden steeds grotere instellingen. Dat leidt ertoe dat er meer bureaucratie en controledrang ontstaan. Uit de oratie van Jos Blank, bijzonder hoogleraar Productiviteit Publieke Sector met de titel Illusies over fusies blijkt dat de ziekenhuizen in Nederland veel te groot zijn en dat ze uit het oogpunt van efficiency moeten worden gehalveerd. Is de Minister bereid om maatregelen te nemen tegen die schaalvergroting, uitgaande van het principe «fusie nee, tenzij»?
Het probleem van veel bureaucratie kan aangepakt worden, maar bewindslieden laten dit liggen. Collega Renske Leijten heeft al eerder de keurmerkenterreur aangekaart, maar daarmee wordt niets gedaan. De dbc's (diagnose-behandelcombinaties) en DOT's (dbc's op weg naar transparantie) werken bureaucratie in de hand. Laten we hiermee stoppen. Ik stel dan ook een ziekenhuisfinanciering voor met meer objectieve parameters. Minutenregistratie in de zorg – uurtje factuurtje – moeten we niet willen.

De **voorzitter**: Ik moet u onderbreken, want uw spreektijd is voorbij. U mag nog twee heel korte zinnen uitspreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik zal afronden. Waarom pakken we wel keihard door om de bezuinigingsdoelstellingen te behalen en wordt er niet keihard doorgepakt om de bureaucratie echt te verminderen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De Minister sloeg de spijker op de kop met de teksten in al haar brieven waaruit blijkt dat het vertrouwen in de professional te veel op de achtergrond is geraakt. In meerdere

opzichten zou er een schijncontrole zijn opgebouwd. Het CDA deelt dit. Nederlandse zorgverleners zijn ontzettend goed opgeleid. Ze zijn vakkundig en betrokken. Dat vertrouwen behoort ook in het stellen van regels voorop te staan: minder regels en meer vertrouwen in de professionaliteit van mensen. Dat geldt echter ook voor patiënten, cliënten en hun vertegenwoordigers. Patiëntenfederatie NPCF, het Landelijk Platform GGz, Ieder(in) en Per Saldo vroegen hun achterban naar de ervaringen op het gebied van het regelen van zorg en/of ondersteuning. De uitkomst geeft geen rooskleurig beeld. 53% van de deelnemers ervaart problemen bij het aanvragen van een hulpmiddel, vervoer of een woningaanpassing. De kern van het bezwaar van de mensen is dat er te veel over hen wordt gepraat en dat er te weinig met hen wordt gesproken. Hoe kijkt de Minister daartegenaan? Welke administratieve last ervaart de gemiddelde patiënt? Daarvoor mag naar de opvatting van het CDA wel wat meer aandacht komen. Als de zorgverlener, de dokter en de wijkverpleegkundigen ervaren dat zij minder regels opgelegd krijgen door het ministerie of de zorgverzekeraar – we hopen echt dat we daarin de komende jaren een grote stap kunnen zetten – vraag ik mij af of dit er niet automatisch toe zal leiden dat de patiënt met minder regels te maken krijgt. Graag wil ik een reactie van de Minister op dat punt.

In de brief legt de Minister duidelijk uit wie welke verantwoordelijkheden heeft wat het verminderen van de regels betreft. De Minister ziet dat zij, de Tweede Kamer, de Eerste Kamer, de zorgverzekeraars, de inspectie, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de ziekenhuizen daarin verantwoordelijkheden hebben, wat terecht is. Ik mis in deze opsomming de wetenschappelijke verenigingen. Hoe zijn zij bij dit proces betrokken? Welke slag kunnen zij maken?

De zorgverzekeraars moeten ook een slag maken in het werken met dezelfde formulieren. De voorbeelden van V&VN en CNV over de administratieve druk spreken boekdelen. Hoe krijgen we echter zicht op de voortgang?

Dit sluit ook aan bij het bezwaar van het Bureau Onderzoek en Rijksuitgaven ten aanzien van de begroting van de Minister. Ons bureau stelde de vraag hoe de Tweede Kamer straks, ergens in 2016, kan beoordelen of er echt een betekenisvolle vermindering van de regeldruk wordt ervaren. En hoe kunnen we dat doen zonder dat er weer extra regeldruk komt? In dat kader sluit ik mij aan bij de vraag of het waar is dat VWS achterloopt ten opzichte van andere ministeries wat het terugdringen van de regels betreft.

Hiermee kom ik op de rol van het parlement en de Minister. Wij hebben in Den Haag een regelwaakhond, namelijk Actal. Hij heeft vele jaren lang op basis van wetsvoorstellen aangegeven hoe groot de regeldruk zou zijn. Dat hebben wij losgelaten. Zou het echter niet goed zijn om, nu het ambitieniveau van de Minister hoog is op het gebied van het komen tot vermindering van de regeldruk, Actal de komende periode te laten berekenen wat de regeldruk zal zijn? Hoe kijkt de Minister ertegenaan om dat in ieder geval voor de komende periode weer op te pakken?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. De woorden «merkbaar minder regeldruk» spreken mij erg aan. Met «merkbaar minder» ga je namelijk niet alleen na of er objectief goede resultaten worden geboekt op het gebied van het verminderen van regels of administratieve sores, maar je houdt daarmee ook nadrukkelijk in het oog of dit op deze manier ervaren wordt door de mensen die deze zorg moeten verlenen of die deze zorg krijgen.

Nog steeds ervaren ongelooflijk veel mensen, ook in de curatieve sector, dat het minder kan en minder moet en is er echt nog heel wat te winnen. Het is kennelijk ook een onderwerp met een buitengewoon taaie strijd. Als iedereen vindt dat het minder moet, gebeurt het namelijk nog niet. Steeds tijdens werkbezoeken zeggen mensen dat ze een verrassing hebben en

komen ze met de vraag of de regeldruk niet wat minder hoog kan zijn. Dan zeg ik: goed nieuws, iedereen vindt dat. Er wordt dan gezegd dat ze dat nog onvoldoende merken. Ik blijf alert en steeds na zo'n bezoek ben ik erg gemotiveerd om hier een heel pinnig verhaal te houden, maar dan lees ik de stukken en zie ik dat er heel veel goede dingen gebeuren. Dus er is nog een kloof tussen die twee zaken. Die gevoelstemperatuur is nog steeds niet op orde. De Minister erkent dat in onvoldoende mate wordt gemerkt dat de regeldruk vermindert en dat er wat dit betreft blijvend een forse inspanning nodig is. Ik vraag echter ook aandacht voor de eenvoudige thermometer om te zien of het nu echt beter gaat. Ik heb namelijk niet heel veel aan allerlei rapporten die laten zien dat er echt wel vooruitgang is geboekt nu ik nog steeds diezelfde klachten hoor. Dat is vooral erg als dit het werkplezier van de professional vergalt en hij het idee heeft dat hij daar niet voor is. Recent hoorden wij van een instelling – het was er overigens niet een in de curatieve sector – dat iemand ooit verzonnen heeft dat drie keer per dag moet worden aangegeven of de temperatuur van de koelkast goed is omdat mensen anders ziek zouden worden of dat die temperatuur wellicht niet op orde is. Dat doe je thuis toch ook niet, ook niet als je kwetsbare kinderen hebt of wat er dan ook is? Ik hoor ook dat mensen zeggen dat ze wel eens een en ander aan hun laars lappen. Ja, maar ondertussen gelden die regels wel. Je weet dan ook niet meer dat die bestaan en dat ook die weg zouden moeten.
Ik behoud dus het respect voor wat er gebeurt, maar ik ben ook erg ongeduldig en vraag mij af of er in de praktijk toch niet een slag kan worden gemaakt. Ik heb nog steeds het idee dat het laaghangende fruit nog lang niet overal geplukt is wat het verminderen van de administratieve lasten en de regeldruk betreft.
Ik vraag nadrukkelijk aandacht voor de standaardisering van de kwaliteits- en inkoopeisen en de rol van de zorgverzekeraar daarin. Dat punt komt namelijk ook elke keer terug. Er zijn instellingen die met heel veel verschillende verzekeraars te maken hebben en met heel veel verschillende kwaliteitseisen. Dat vraagt een stevige extra inspanning. Ik ben benieuwd naar de antwoorden van de Minister, ook op de vragen die door de collega's zijn gesteld. Ik hoop dat de Minister bereid is om hiervan de komende tijd echt een topprioriteit te maken.

Voorzitter: De Lange

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. We hebben het vandaag over administratieve lasten en regeldruk. Zoals de heer Van der Staaij al zei, is eigenlijk iedereen tegen administratieve lasten en hoge regeldruk. Het liefst zou je zeggen dat mensen die in de zorg werken goed zijn opgeleid, dat ze een gezond verstand hebben, dat alle regels dus kunnen worden geschrapt zodat zij aan het werk kunnen en dat het gezond verstand zege kan vieren. Om de kwaliteit, de veiligheid en de begrijpelijkheid van informatie te borgen, zijn er nu eenmaal regels nodig. Daarom is het tijd voor het jaar van de begrijpelijke informatie. Het gaat namelijk niet om maximaal meten en maximaal openbaar maken, maar het gaat om optimaal meten en optimaal openbaar maken. En er wordt nu heel erg veel gemeten. Er zijn veel regels en er is sprake van een hoge registratielast. Zorgverleners ervaren dit als druk, wat het werkplezier in de weg staat. Patiënten hebben nog steeds niet de betekenisvolle en begrijpelijke informatie die ze nodig hebben om een weloverwogen keuze te maken wat hun persoonlijke behandeling betreft. Je zou dit het slechtste uit twee werelden kunnen noemen. Bovendien is de veiligheid nog steeds niet gediend met een hele bak aan informatie als die niet betekenisvol genoeg is. En zorginkoop door zorgverzekeraars gebeurt nog te weinig op basis van kwaliteit, mede doordat die kwaliteit nog te weinig openbaar is. Daar waar goede stappen worden gezet, bijvoorbeeld DICA – die worden wel

degelijk gezet – is de financiering onzeker. Daardoor wordt het voortbestaan bedreigd. Wij stellen daarom een aantal vragen aan de Minister.
Iedereen onderschrijft volgens mij het belang dat sommige informatie moet worden geregistreerd om de kwaliteit en de veiligheid te meten. Informatie moet voor een patiënt begrijpelijk zijn. Registreren moet echter wel zinvol zijn. De beroepsvereniging V&VN heeft daar heel zinnige woorden gesproken. Als een zorgverlener het nut niet ziet van het registreren van zaken, niet inziet op welke manier zijn werk daardoor beter wordt en de kwaliteit daardoor wordt verhoogd, denkt hij: ik moet weer een lijstje invullen. Hij denkt dus niet: dit draagt bij aan betere zorg en dit draagt ertoe bij dat ik mijn werk beter kan doen. Het nut en de noodzaak worden dus gedeeld, maar er is ook heel veel kritiek. De Minister is nu bezig met een beleid van minder lasten en meer inzichtelijkheid. Kan zij die partijen niet nogmaals om de tafel roepen en tegen de ziekenhuizen zeggen – zij hebben gisteren een groot rapport naar buiten gebracht – dat alle overbodige regels worden geschrapt, dat aan ziekenhuizen, zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars wordt gevraagd welke regels overbodig zijn? Laat ze een lijst inleveren en schrap die regels. Volgens mij is het heel simpel. Het is heel raar dat iedereen zegt dat er heel veel regels zijn en dat die niet worden geschrapt. Waarom doen we dat niet? Voer gezamenlijk de discussie. Zorg ervoor dat de zorgverlener en de patiënt – de zorg draait immers om de patiënt – het met elkaar eens zijn en begin met schrappen.
Kan de Minister haar project wat concreter maken? Wat is precies het doel voor volgend jaar voor de patiënten? Wat moet inzichtelijk zijn? Op welke manier moet de last voor zorgverleners worden verminderd? Pas als we concrete doelen hebben, concrete acties en een tijdpad, kunnen mensen zich daaraan verbinden. Dan werken mensen samen aan een doel waar ze achter staan. Nu lijkt iedereen ontevreden te zijn: patiënten, zorgverleners en zorgaanbieders. Daar is dus nieuw draagvlak voor nodig.
Ik vraag de Minister naar de uitwerking van de motie die wij in december 2014 samen met de VVD en het CDA hebben ingediend over de eenduidige basisset aan indicatoren. Als we ervoor zorgen dat men het erover eens is dat er maximaal tien indicatoren zijn – laat ik eens iets roepen wat heel ambitieus is – is de motivatie om daarmee aan de slag te gaan vele malen groter.
De NPCF heeft de Kamercommissie een heel mooie videoboodschap gegeven over de administratieve lasten voor de patiënt. Het gaat veelal om mensen in de langdurige zorg, maar het gaat ook om patiënten met verschillende soorten curatieve zorg.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester ...

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nu word ik zelf tot de orde geroepen. Mag ik nog één zin uitspreken?

De **voorzitter**: Van mij wel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De laatste vraag heeft betrekking op borging van de financiering van uitkomstmetingen. Als DICA breed gedragen wordt en mensen het erover eens zijn, vraag ik mij af hoe het mogelijk is dat, misschien als gevolg van een gebrek aan financiering, de uitkomst straks niet meer gemeten kan worden? Is het niet belangrijk dat dit onderdeel is van de gehele financiering van de behandeling?

Voorzitter: Bouwmeester

De **voorzitter**: De Minister kan direct antwoorden, dus ik geef haar het woord.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Van der Staaij gaf precies de gevoelens weer die ik ook al een tijdje heb. Het meetinstrument dat we hebben gecreëerd en dat we hebben opgetuigd laat zien dat er sprake is van een gestage daling van de regeldruk. Het is inderdaad zo dat VWS wat achterloopt, maar er is wel sprake van een gestage daling van de regeldruk. Als ik op werkbezoek ben, kom ik echter professionals tegen die zeggen: ik merk helemaal niets van een gestage daling; voor mijn gevoel is er sprake van een gestage stijging. Over die kloof hebben we het. Dan kan ik twee dingen doen. Natuurlijk probeer ik er maximaal op in te zetten dat VWS conform het regeerakkoord zijn bijdrage hieraan levert door een en ander netjes te meten. Daarnaast heb ik met de mensen op mijn ministerie afgesproken om er alles aan te doen om ook een ander traject te volgen. De uitkomsten van dat traject kunnen we waarschijnlijk niet meten, maar ik vind het veel belangrijker dat de professional zegt: hé, ik merk ineens dat er minder regels zijn.
We zijn al langer op zoek naar een manier om dat te bewerkstelligen. Twee jaar geleden ben ik al met de ziekenhuizen, met de NVZ, in gesprek gegaan om te bekijken of we samen een traject zouden kunnen opstarten. Zij kwamen bij mij omdat zij graag een traject wilden. Ik heb daar toen over gebrainstormd, onder anderen met Kees Vendrik van de Algemene Rekenkamer. Hij zei: je zou eens een Kafkatraject moeten proberen; dat is heel inzichtelijk, dan volg je het hele proces van één individu of één casus in een ziekenhuis en dan kom je allerlei dingen tegen die nooit naar boven waren gekomen als je de normale meetmethode had gehanteerd. We hebben heel veel moeite moeten doen om een ziekenhuis te vinden dat dit met ons wilde doen. Onze mensen zijn wel tien keer langs geweest. Uiteindelijk hebben we een ziekenhuis gevonden. Ik heb vervolgens voorgesteld om een praktijkteam op te richten dat een en ander bekijkt los van allerlei wet- en regelgeving, wijzigingen en de traditionele manier waarop wij het doen. We hebben één patiënt door het hele ziekenhuis gevolgd om te bekijken waar hij tegenaan liep. Dat bleek de aansluiting te zijn. Waar komt een fragiel persoon op leeftijd terecht als hij weer naar huis moet na een verblijf in het ziekenhuis? Naar aanleiding van dat Kafkaproject hebben we dus dat praktijkteam opgericht.
Ook het traject van afgelopen zomer waarin we met de huisartsen rond de tafel zijn gaan zitten, was zeer onorthodox. We hebben gezegd: niet ik als Minister, niet de directeur van de koepel van aanbieders en niet de directeur van de koepel van zorgverzekeraars gaan rond de tafel zitten, maar de huisarts en de inkoper, de mensen die echt het werk doen. Zij gaan formulier na formulier bekijken: is dit nuttig en, zo nee, waarom doen we dit dan eigenlijk; weg ermee!
Ik zeg het maar even plat, maar is het nuttig om iemand met een handicap ieder jaar te vragen of hij die nog heeft? Nee, want die handicap heeft hij nog; dat blijft ieder jaar hetzelfde. Wij zijn dat dus op een heel andere manier gaan doen. Wordt dat zichtbaar in de lijstjes? Dat zou heel leuk zijn, maar mijn grote doel is dat het zichtbaar wordt bij de huisartsen. Er zijn huisartsen die zeggen: ik heb het idee dat 80% van mijn werkdruk op administratieve lasten is weggevallen. Ik hoop dat van harte. We moeten bekijken hoe dat gaat, niet alleen in de eerste maand maar ook in de vijfde. We moeten ervoor waken dat er in de zesde maand nieuwe formulieren komen om gaatjes te dichten, waardoor we het dan toch weer dichttimmeren. Die strategie wil ik ook met andere eerstelijnspartijen volgen. Dat traject is in volle gang. Ik ben een ding met de heer Van Gerven eens: daar moet druk op worden gezet. Als je geen druk op dit soort trajecten zet, kom je in allerlei discussies terecht die eindeloos duren. We hebben daar dus druk op gezet. Ik vind 1 april een goede datum, want dan heeft het ook effect voor de volgende contracteerperiode. Het is dan niet afgerond. Bureaucratie is iets wat «aanjongt» als je even niet kijkt. Je moet er dus altijd alert op zijn, maar we moeten met de andere eerstelijnspartijen aan de slag, want 1 april is de deadline.

Wil ik de ziekenhuizen en de ggz uitnodigen? Zij zijn van harte welkom, maar het is wel complexer, want in een ziekenhuis werken heel veel specialismen. Al die specialismen hebben hun eigen eigenaardigheden. Je zou het dus eigenlijk met alle individuele specialismen moeten doen. De wetenschappelijke verenigingen spelen daar ook een heel grote rol bij, zoals we hebben gezien bij de huisartsen. Zij zeggen ook: ja maar, dit is onze richtlijn. Ik heb ooit een oncoloog gesproken die een richtlijn van zo'n 320 pagina's had gekregen. Wat denkt u dat dit betekent voor zo'n arts? Dat doet de eigen vereniging. Daar komen wij helemaal niet tussen. Dus ja, de wetenschappelijke verenigingen moet je daar zeker bij betrekken. Het is heel erg belangrijk dat zij werkzame en handzame richtlijnen opstellen.
We moeten dit echt samen doen. De overheid kan dit niet alleen. Iedereen die dit drastisch wil aanpakken, roep ik op om mee te doen. Als professionals zeggen dat het hun te veel wordt en dat het hun het werkplezier ontneemt, dan moeten wij dat echt serieus nemen. Laten we dat doen. Ik kan dat echter niet alleen vanuit Den Haag doen. De huisartsen hebben van de zomer met ons aan tafel gezeten om die hele brij aan formulieren door te ploegen. Die inzet moet er zijn en die inspanning moet gepleegd worden, want anders redden we het gewoon niet.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil even inhaken op het betoog van de Minister. Mijn indruk is dat heel veel bureaucratie ontstaat doordat er een heel strak financieel kader of een bezuinigingsdoelstelling is. Een heel duidelijk voorbeeld daarvan is de medische noodzaak. De formulieren van de verzekeraar zijn ingevoerd om te bevorderen dat zo min mogelijk dure spécialités worden voorgeschreven. Daar zit een zeker wantrouwen achter. Kan de Minister ingaan op dat aspect? Kan zij aan de hand van dat voorbeeld ingaan op mijn stelling dat bezuinigingen eigenlijk bureaucratie in de hand werken?

Minister **Schippers**: Die relatie zie ik niet een-op-een. Ik zie wel dat sommige ziekenhuizen een aantal keurmerken hebben. De heer Van Gerven noemde dat zelf ook en mevrouw Leijten heeft het er ook verschillende malen over gehad. Wat betekent dat? Als je je daarin verdiept, zie je wat daar allemaal voor moet worden ingevuld en door wie dat allemaal moet gebeuren. Een ziekenhuis kan een paar van die keurmerken hebben en er kunnen een paar patiënttevredenheidsonderzoeken lopen. Daarnaast moet een lijst met de dertig meest voorkomende aandoeningen worden ingevuld, zijn de wetenschappelijke vereniging, de koepel en de verzekeraar zaken aan het uitvragen en hebben de toezichthouders informatie nodig. Op die manier wordt het opgebouwd door middel van allemaal individuele aanvragen, die met de beste bedoelingen worden gedaan. Wij hebben de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) daarom een subsidie gegeven om tot een basisset te komen. De heer De Lange had het er al over: we moeten naar één basisset van gegevens toe. Die basisset moet worden gebruikt om te declareren bij de bron. Als er wordt geregistreerd bij de bron, kan daar ook worden gedeclareerd en kan de kwaliteit daar worden gemeten. Je kunt alles doen met die gegevens, je kunt die voor al die dingen gebruiken, maar het is een ontzettend complexe operatie, die een paar jaar gaat duren. Daar moeten we niet op gaan zitten wachten – dat vind ik echt niet goed – maar er is wel een enorme stap gezet als we die basisset van gegevens voor elkaar hebben.
Een een-op-eenrelatie met bezuinigingen zie ik echter niet. Als je kijkt naar de formulieren die daadwerkelijk moeten worden ingevuld, zie je dat de meeste druk wordt veroorzaakt door het lijstje dat ik net noemde. Met de beste bedoelingen doet iedereen dingen driedubbel maar dan net iets anders, zodat er weer allerlei nieuwe handelingen nodig zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister had het over de keurmerken, maar die zijn juist bevorderd door het feit dat er een stelsel is waarin het een ziekenhuis goed uitkomt om keurmerken te hebben. Zij kunnen zichzelf daarmee goed in de markt zetten. Maar goed, ik wil daar nu niet op doorgaan. Ik kom op de brief die wij van de ziekenhuizen gehad hebben. De directeur uit daarin forse kritiek op de Minister. Hij schrijft dat de Minister zelf een flink steentje heeft bijgedragen aan de chaos rondom de verplichte kwaliteitsregistraties.

De **voorzitter**: Dat is een duidelijke vraag. U hebt al heel veel woorden gebruikt. Ik geef het woord aan de Minister.

Minister **Schippers**: Even voor de helderheid: ziekenhuis sluiten zich vrijwillig bij één en soms zelfs bij twee keurmerken aan. Zij doen dat vrijwillig. Er is helemaal niemand die hen daartoe dwingt. Zij willen daarmee laten zien dat zij een bepaalde kwaliteitsstandaard hebben. Dat kun je op veel manieren zien. Bij alles wat misgaat in de zorg, kun je zeggen: dat komt door de marktwerking. Je kunt natuurlijk volhouden dat alles wat goed gaat niet door de marktwerking komt en alles wat slecht gaat wel, maar als je realistisch bent, zie je dat ziekenhuizen dit zelf doen. Het is inderdaad zo dat de NVZ kritiek heeft op de activiteiten die wij organiseren in het kader van het Jaar van de Transparantie. Ik ben zeer bereid om de administratieve lasten te verminderen en om de aanleverprocedure voor die 30 aandoeningen helder, simpel en efficiënt te maken. Die toezegging heb ik ook gedaan aan de voorzitter en de directeur van de NVZ toen zij een week of zes geleden bij mij kwamen en zeiden: dit proces loopt niet goed; kunt u de regie nemen? Ik heb toen gezegd dat ik dat zou doen. We hebben een nieuw proces ontwikkeld. Dat ligt nu bij het Kwaliteitsinstituut. Iedereen is het daarmee eens, behalve de verzekeraars, maar ik vind dat het wel moet gebeuren. We zullen dat gaan toepassen, maar ik ben niet bereid om het plan om 30 aandoeningen voor de patiënt in kaart te brengen, terug te draaien. Ik ben absoluut niet bereid om pas op de plaats te maken.
Ik vind dat patiënten een betere positie moeten krijgen in onze zorg. Ik wil de positie van de patiënt fors versterken. Dat was mijn motivatie in het afgelopen jaar en dat zal zeker ook in de komende jaren mijn motivatie zijn. Daarvoor is het nodig dat de patiënt meer informatie krijgt. Hij heeft informatie nodig om goede keuzes te kunnen maken bij de behandeling of om een arts of een ziekenhuis te kunnen kiezen. Op dat punt hebben we een inhaalslag te maken. Als het gaat om de financiën, dan kan alles, maar – de wereld op zijn kop – als het gaat om een betere informatiepositie van de patiënt, dan moet het allemaal langzamer. Ik ga dat dus écht niet doen; geen haar op mijn hoofd die eraan denkt. Ik houd vast aan de ambities die we hebben vastgesteld. Ik ben wel bereid om iedere procedure te verbeteren en om te helpen trekken als mij gevraagd wordt: wilt u dat proces met ons ziekenhuis ingaan, want wij willen graag die handschoen oppakken, los van de NVZ, en wij willen heel graag met u rond de tafel? Als de NVZ tegen mij zegt: «Wij willen rond de tafel, want wij hebben de handschoen van mevrouw Bouwmeester opgepakt en wij komen met een lijstje van wat afgeschaft moet worden» en als zij mij vragen om daarnaar te kijken, dan ben ik daar zeer toe bereid, maar ik ben niet bereid om het proces om tot een betere informatiepositie van de patiënt te komen, vertraging te laten oplopen. Dat moet echt gebeuren.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Van Gerven zijn tweede en tevens laatste interruptie wil gebruiken.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is een heel wezenlijk en belangrijk punt. De Minister zegt dat de patiënt goed geïnformeerd moet worden. Dat snap ik en dat vind ik goed, maar het is de vraag of dat langs deze route kan. De

Minister zegt dat we van 9 naar 30 ziektebeelden gaan. Waar baseert zij het denkbeeld op dat we echt kwaliteit meten als we dat doen en dat het ook wetenschappelijk verantwoord is? Daar zijn veel vraagtekens bij te plaatsen.

Minister **Schippers**: Ik maak die indicatoren niet; zij worden gemaakt door mensen die daar verstand van hebben, namelijk door patiënten, wetenschappelijke verenigingen en de sector zelf. Dit zijn de 30 meest voorkomende aandoeningen. Het zijn dus hun indicatoren. Wij hebben eerder weleens de fout gemaakt om te zeggen dat wij meer indicatoren wilden. Die fout is nu niet gemaakt. Ik heb daar niet om gevraagd. Ik heb liever drie indicatoren die heel veel zeggen over iets en waaruit ik echt iets kan aflezen dan tien die mij eigenlijk niets zeggen. Als je om meer indicatoren vraagt, dan krijg je er ook meer. Dat moet je dus niet doen. Ik heb gezegd: geef mij de indicatoren die iets zeggen over een aandoening. Tegen het Kwaliteitsinstituut, dat de taak heeft om dit te registreren en vast te stellen, heb ik vervolgens gezegd: er moeten niet alleen dingen bij; er moeten ook dingen af; laten we de dingen die niets zeggen zo snel mogelijk verwijderen. Je moet de informatie die patiënten nodig hebben om te kiezen, wel inzichtelijk maken. Als je zo'n aandoening aanklikt, kan het Kwaliteitsinstituut je meenemen in de fase van het ziekteproces waarin je zit en kan het jou vertellen waar je op zou kunnen letten.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb grote twijfels over die 30 indicatoren. Men heeft daar natuurlijk goede bedoelingen mee en ook het uitgangspunt om objectieve, goede informatie te geven, is goed, maar of dat werkelijk gaat lukken? Ik heb zelf in mijn jongere jaren wetenschappelijk onderzoek gedaan. Ik weet hoe ongelofelijk ingewikkeld het is om maar op één punt – in mijn geval ging het om onderzoek naar baarmoederhalskanker – echt goed gevalideerd wetenschappelijk onderzoek en cijfermateriaal te laten zien, ook van verschillende huisartsen en dergelijke. Het lijkt mij sterk dat dit op deze wijze lukt, want er is eigenlijk geen wetenschappelijk gevalideerde opzet. Er worden gewoon dingen uitgevraagd bij 90 of 100 ziekenhuizen, terwijl het heel erg van belang is dat men er goed uitkomt. Het is dus toch de vraag in hoeverre de indicatoren echt objectief en wetenschappelijk verantwoord zijn.

Minister **Schippers**: Als je van zo'n manier zegt dat het niet kan, dan zou je er meteen mee moeten stoppen. Maar neem nu de resultaten die het werk van de Stichting DICA van 2009 tot nu heeft opgeleverd. Jaarlijks overlijden 200 mensen minder aan risicovolle darmkankeroperaties, gewoon doordat een en ander gemeten en gespiegeld wordt en doordat wordt bekeken hoe het beter kan. Meetbaar Beter is nog zo'n traject. Daarin brengen hartcentra op wetenschappelijke wijze de relevante uitkomstindicatoren voor de meest voorkomende hartziekten in kaart. Die indicatoren worden door henzelf en niet door het ministerie gekozen. Zij worden objectief door henzelf vastgesteld – het gaat niet om propaganda – en zij leiden tot kwaliteitsverbetering. Als je geen inzicht hebt en als je niet bekijkt hoe dingen gaan, dan kun je niet beter worden. Zo simpel is het. Daar heb je geen honderd dingen voor nodig. Sommige dingen zijn moeilijker, andere zijn makkelijker, maar we hebben daar nog niet een begin mee gemaakt. De positie van de verzekeraar is behoorlijk sterk in het huidige systeem. De positie van de aanbieder kan verschillen, maar die van ziekenhuizen en ggz-instellingen is zeker heel sterk. Het been wordt bijgetrokken voor de individuele beroepsbeoefenaren, maar wat is nu de positie van de patiënt? Die proberen we aan alle kanten, bijvoorbeeld door het updaten van klachtensystemen, op allerlei terreinen, waaronder dit, te versterken. Je kunt niet zeggen dat we de patiënt daar niet bij hoeven te betrekken; die moeten we daarbij betrekken. Die doelstelling ga ik dus echt niet loslaten. Naar mijn mening is dit hard

nodig. Ik ben het met de patiëntenverenigingen eens die dat ook vinden en die er bij mij op aandringen om het tempo erin te houden en die zeggen: zorg ervoor dat het gebeurt, want dit is ongelofelijk belangrijk voor onze positie.
Los daarvan moeten we een proces ontwikkelen dat helder en slim in elkaar zit, dat voorspelbaar is en waar zo min mogelijke administratieve lasten uit voortkomen. Als we de registratie bij de bron rond hebben, hebben we in één klap gigantisch veel winst gemaakt. Dat duurt nog even. In de tussentijd moeten we proberen om dat proces zo goed mogelijk in te richten. Het is allemaal nieuw, dus er zitten natuurlijk ook kinderziektes in. Ik zeg helemaal niet dat het nu goed loopt. Integendeel, anders had ik nooit die handschoen opgepakt. Het ligt nu bij het Zorginstituut. Dat zal daar daadwerkelijk mee aan de slag moeten gaan.
Gisteren is een onderzoek uitgekomen dat is gefinancierd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Dat onderzoek wijst uit dat de kosten voor registraties, keurmerken et cetera 0,3% tot 0,6% van de omzet van ziekenhuizen bedragen. In geld lijkt dat heel weinig, maar het is echt een probleem gelet op de frustratie en het gedoe waartoe het leidt.
Wij zullen een heldere besluitvormingsstructuur voor de 30 meest voorkomende aandoeningen ontwikkelen. Daarnaast zijn medisch specialisten, psychiaters en anderen die dezelfde procedure voor de opschoning van regelgeving willen doorlopen, van harte welkom bij ons. Uit het onderzoek blijkt dat een kwaliteitsmedewerker in het ene ziekenhuis 85% van zijn tijd aan kwaliteitsmetingen besteedt en in een ander ziekenhuis 20%. Dat is een factor vier verschil. Ik vind dat ziekenhuizen zich aan elkaar moeten spiegelen. Zij moeten zichzelf de vraag stellen hoe dat kan en hoe zij ervoor kunnen zorgen dat anderen kunnen leren van de mensen die dat zo veel beter doen.
Ik kan heel veel zeggen over het traject, maar ik ga nu over op de beantwoording van de vragen. Ik heb al gezegd dat we met de praktijkteams op zoek gaan naar praktische oplossingen. Dat zal sowieso de insteek zijn ten aanzien van de administratieve lasten. Voor de problemen die wij zien, zullen we praktische oplossingen moeten vinden die daadwerkelijk effect hebben voor de professionals.
Ik word er door mijn ambtenaren op gewezen dat wij op 28 oktober de actiedag Merkbaar minder regeldruk hebben georganiseerd. Tijdens die dag heb ik de Innovatieplaats Cure gelanceerd. Daarmee geven wij de vijftien zorgaanbieders met de beste innovatieve ideeën ruimte om met minder regels te werken. Dat is niet alleen bedoeld voor zorgaanbieders in de cure, maar ook voor zorgaanbieders die domeinoverstijgend werken.
Ik heb de interne organisatie van VWS zo aangepast dat de capaciteit echt versterkt is. Dat is niet alleen gebeurd door extra capaciteit beschikbaar te stellen, maar ook door binnen het ministerie veel slimmer te werken aan het verminderen van de regeldruk. We hebben op dat punt grondige aanpassingen doorgevoerd. We doen daar echt ongelofelijk veel aan. Het is mijn missie om het komend jaar vol in te zetten op het verminderen van de regeldruk. Ik wil dat doen samen met iedereen die daar net als ik het belang van inziet.
De heer De Lange wees mij erop dat artikel 3 van de Opiumwet een ondertekening in onuitwisbare letters eist. Het artikel sluit aan bij de definitie van een recept en biedt daarmee de mogelijkheid tot elektronisch ondertekenen. Dat is mogelijk op basis van dezelfde eisen als die waar ieder recept aan moet voldoen, waaronder het vereiste dat de ondertekening zodanig beveiligd is dat een daartoe bevoegd persoon of een daartoe bevoegde instantie de authenticiteit ervan kan vaststellen. Daarom zien wij ook geen bezwaar tegen het gebruik van een beveiligd elektronisch document voor opiummedicatie. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de Inspectie beter toezicht kan houden dat minder belastend is voor apothekers? Daarover is de Inspectie inmiddels in gesprek met de KNMP. Dat gesprek gaat over een invulling van het toezicht die aansluit bij

de moderne bedrijfsvoering in de apotheek en die tegelijkertijd recht doet aan de uitgangspunten van het wettelijk kader. Ik zeg de heer De Lange toe dat wij dat in de gaten zullen houden. We zullen daarbij voor ogen houden dat het om een wet uit 1927 gaat en dat wij inmiddels toch wel wat verder zijn en dat het wat effectiever kan.
Het initiatief Meetbaar Beter heb ik al genoemd. Dat is een erg inspirerend initiatief, dat navolging verdient. Ik heb daar in verschillende speeches aandacht aan besteed, omdat het echt een hartstikke goed initiatief is. Het is gelukkig niet het enige initiatief. Denk aan het initiatief Zorg voor Uitkomst van de Santeon-ziekenhuizen en de Stichting DICA. Er zijn verschillende mooie initiatieven. Je zou verwachten dat die massaal worden opgepakt door anderen, maar dat zie je dus veel minder gebeuren. Dat verbaast mij wel. Je ziet wel wat navolging, maar niet massaal. Ik denk dat het wel belangrijk is. De twaalf hartcentra die deelnemen aan Meetbaar Beter, boeken ongelofelijk veel vooruitgang.
Eenduidige begrippen zijn heel belangrijk, zeker als zij ertoe leiden dat processen efficiënter kunnen lopen. Zij zijn ook belangrijk voor het elektronisch patiëntendossier. Als daar een begrip in staat, moet je weten wat ermee bedoeld wordt. Voor de communicatie in de medische sector is eenduidigheid heel belangrijk.
Ik heb al gesproken over de andere eerstelijnssectoren, waar wij een en ander toepassen wat ook van de zomer met de huisartsen is gebeurd. Er zijn nu zes werkgroepen: thuiszorg/wijkverpleging, fysiotherapie/paramedici, farmacie, mondzorg, psycholoog/ggz en verloskunde. Deze werkgroepen starten volgende week. Ik kan me voorstellen dat we zoiets ook in de tweede lijn oppakken, maar daarbij heb ik de sector zelf hard nodig. Die moet zelf ook aangeven daar vol voor te willen gaan, want anders werkt het niet.
Toezicht is een belangrijk onderwerp, zeker wat betreft de registratie van gegevens. Het is daarom ook belangrijk om de toezichthouders te betrekken bij vermindering van de administratieve lasten. De toezichthouders, zoals de ACM, zijn er afgelopen zomer ook bij betrokken. Het is dus heel belangrijk om de toezichthouders erbij te betrekken. We zullen blijven bekijken waar we het samen met de toezichthouders kunnen stroomlijnen. Ook hierbij is registratie bij de bron een ongelooflijk belangrijke stap.
Ik vind het goed om Actal erbij te betrekken. Ik kan toezeggen dat we de wetsvoorstellen die we vanaf nu maken, bij Actal zullen «voorhangen», om het maar zo te zeggen. Dit geldt dus niet met terugwerkende kracht. Het lijkt me namelijk niet heel handig om dit te doen met wetsvoorstellen die nu al bij de Kamer liggen. Ik hoor overigens wel dat ze niet altijd geïnteresseerd zijn. Ze moeten het wel willen. Ik zal hen daartoe motiveren. Ik vind het in elk geval belangrijk en daarom doe ik deze toezegging.
Het Kwaliteitsinstituut heeft samen met Nictiz een leidraad ontwikkeld voor het opzetten en gebruiken van kwaliteitsregistraties. De inhoud van de leidraad is met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, koepelorganisaties en belangenverenigingen afgestemd. De leidraad wordt een dezer dagen gepubliceerd. Via ZonMw is een onderzoek uitgezet naar kwaliteitsindicatoren en de gehanteerde definities. Het doel van dit project is het doen van aanbevelingen over punten waarop winst is te behalen met het afstemmen en harmoniseren van de uitvraag van kwaliteitsgegevens. De resultaten van dit project verwachten we in de loop van het eerste kwartaal van dit jaar. Ze zullen worden gebruikt om samen met ziekenhuizen, professionals en patiënten te komen tot het schrappen en stroomlijnen ervan. Het is heel goed als dit voorwerk dus ook daadwerkelijk is gedaan.
VWS heeft tot nu toe voor ongeveer 220 miljoen aan geplande maatregelen genomen, volgens de meetlat van administratieve lastenverlaging. We zijn zeker bezig om extra maatregelen te nemen. Daarnaast ben ik nog

vol een traject ingegaan dat het voor de professional voelbaar moet laten zijn. Immers, bij een heleboel dingen die we registreren, vraag ik me sterk af of het ook echt op de werkvloer wordt gevoeld.
De vraag is gesteld of schaalvergroting meer bureaucratie tot gevolg heeft. Ik ga niet over fuseren. Sterker nog, ik vind het ongelooflijk belangrijk dat er wat te kiezen blijft. Ik vind dat de beroepsbeoefenaren meer samen zouden moeten doen. We hebben daarover, wat de eerste lijn betreft, ook afspraken gemaakt met de ACM, die daarover ook heeft gepubliceerd. Wat betreft de tweede lijn is het van belang dat er wel wat te kiezen overblijft. De ACM houdt daar ook toezicht op. We hebben maatregelen genomen om dat te versterken. Ik noem het overbrengen van het instrument van de aanmerkelijke marktmacht naar de ACM. Het gaat er echter ook om, de afdeling van de ACM die hierop toezicht houdt, daadwerkelijk veel sterker toe te rusten. Hierover komen we zeker nog met de Kamer te spreken in het kader van de NZa en de commissie-Borstlap.
Ik kom op de administratieve lasten voor de patiënten en cliënten. Gevraagd is wat ik vind van de videobrief van de NPCF. Ik vind het belangrijk dat de NPCF aandacht vraagt voor de tijd die mensen die zorg of ondersteuning krijgen, kwijt zijn met het aanvragen daarvan. Er zal natuurlijk altijd een vorm van administratie nodig zijn, maar het moet bijvoorbeeld niet zo zijn dat iemand iedere keer opnieuw weer verklaringen moet indienen om te bewijzen dat hij een been mist. Dat is ontzettend taai. Het is van belang dat bij elk formulier en bij elke verklaring goed wordt bekeken of die wel noodzakelijk zijn. Bij de verbreding van de aanpak van administratieve lasten naar andere sectoren zal ik expliciet aandacht besteden aan informatieverzoeken aan burgers. Daarnaast is het ook van belang dat patiënten niet elke keer opnieuw bekende informatie hoeven te geven. Daarom werken we in het kader van het informatieberaad aan het verbeteren van de informatiedeling tussen patiënt en zorgverlener, alsook aan een betere informatiedeling tussen zorgverleners onderling. Ik merk hierbij op dat een elektronisch patiëntendossier waar informatie in één keer goed in staat, ongelooflijk belangrijk is. Daarom willen we het persoonlijk gezondheidsdossier samen met de NPCF, die hierin de trekkersrol vervult, een enorme schwung geven. Een persoonlijk gezondheidsdossier waarover de patiënt zelf de regie heeft en ten aanzien waarvan hij zelf beslist wie wat mag inzien – daarvoor is het wetsvoorstel over elektronische gegevensuitwisseling dat in de Eerste Kamer ligt, ook heel belangrijk – gaat enorm helpen om niet steeds opnieuw uitvragen te moeten invullen. De klachten hierover moeten we serieus nemen. Op 23 februari spreken medewerkers van VWS met de NPCF om concrete knelpunten naar boven te krijgen en te bekijken hoe we het kunnen verminderen. Hoe kunnen we het praktisch aanpakken om het te verminderen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dat een heel goede insteek van de Minister. De Minister noemt voorbeelden van mensen die al jaren dezelfde handicap hebben, bijvoorbeeld die nog steeds elk jaar moeten bewijzen dat ze dat ene been niet hebben of dat ze hun leven lang iets langer dan een meter zullen blijven. Dat is nog steeds schering en inslag. Het is soms ook echt een gevecht om in al deze bureaucratie gehoord te worden en om toegang te krijgen tot mensen, zodat echt een gesprek kan worden aangegaan. Ik ben daarom wel heel benieuwd wat er uit dat gesprek komt. Ik vroeg me af of in een van de komende brieven die we krijgen, ook dit punt, het verminderen van de administratieve lasten en onnodige drempels voor patiënten, expliciet kan worden meegenomen.

Minister **Schippers**: Dat zal ik doen. Ik zal het meenemen in de eerstvolgende brief die we hierover schrijven. Het komt dus niet in zo'n maandbrief. Er komt in een brief over administratieve lasten te staan wat er uit het gesprek is gekomen, wat we hebben opgezet en hoe we het gaan

aanpakken. Dit laatste is het moeilijkste. De heer Van der Staaij zei terecht: we ergeren ons er allemaal groen en geel aan, maar hoe krijgen we het nu de wereld uit? Dat is million dollar question. Ik zal dat er dus in opnemen en zo aan de Kamer communiceren wat we hebben afgesproken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan is er altijd de praktische vraag: wanneer verwacht de Minister weer een volgende brief te schrijven?

Minister **Schippers**: In ieder geval voor de zomer, omdat we nog in het traject met de eerste lijn zitten. We zitten met het praktijkteam. We hebben ongelooflijk veel acties ingezet, want ik heb nu zoiets van: jongens, we kunnen één ding doen, we doen nu tien dingen tegelijk en we trekken er heel hard aan om op dit punt echt iets bereiken. Daar hoort dit bij. Dus voor de zomer zullen we in de brief hier expliciet aandacht aan besteden. Ook zal ik Actal hierbij inschakelen, zoals mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd.
Actal doet overigens goed werk. Ik heb het ook bij de farmacie ingeschakeld. Het heeft daarover twee of drie rapporten uitgebracht. Dat is gebeurd in een heel goede samenwerking. Heel tijdig voor het voorzitterschap heeft Actal mij dingen kunnen leveren waar ik nu echt wat aan heb.
De heer Van der Staaij vroeg: hoe zet je daar nu de thermometer in? Dat is een makkelijke vraag, maar het antwoord is moeilijk. We zijn van plan om te laten onderzoeken – ik zeg dit ook in reactie op mevrouw Bouwmeester, die vroeg hoe de Kamer kan controleren wat er gebeurt – hoe we snel winst kunnen boeken op punten gerelateerd aan de overheidswet- en -regelgeving waarvan mensen echt veel last hebben. Ik vraag anderen, aan wetenschappelijke verenigingen en koepels, om naar zichzelf te kijken. Dat gaan we ook bij onszelf doen. Wat kunnen wij snel aanpassen? We laten ook evalueren of de maatregelen leiden tot vermindering van ervaren regeldruk. Ook willen we daarmee overzichten, feiten en cijfers, krijgen betreffende regeldruk in het algemeen. Onderzoek dat al is gedaan, gaan we niet overdoen. KPMG bijvoorbeeld heeft ons afgelopen zomer geholpen met een onderzoek. Dat gaan we niet dubbel doen. De Kamer kan dan ook zelf bekijken wat er is. Mij gaat het in eerste instantie natuurlijk om de professional. Ik wil dus dat dit expliciet in de onderzoeken wordt meegenomen. Ik ben bijvoorbeeld heel nieuwsgierig naar de praktijk bij de huisartsen. Merken zij het ook echt door dat hele traject na de zomer? En «zij» is dan niet die ene huisarts die ik spreek, maar het zijn de huisartsen in den brede. We zullen dat dus laten onderzoeken.
Ik vraag naast mij nog even wanneer we de resultaten daarvan krijgen. We moeten het natuurlijk goed inzetten. Dit zijn allemaal onderdelen die we los uitzetten. Je moet natuurlijk peilen als het al gebeurd is. Ik kan nu niet bij fysiotherapeuten peilen, want we zitten met hen in een traject. Ik kan wel eerder peilen bij huisartsen. Ik zal er ook voor zorgen dat het niet één groot onderzoek wordt, want dan moeten de snelsten op de langzaamsten wachten. Daar hebben we weinig aan. Ik wil het ook niet allesomvattend doen. Ik kan me voorstellen dat de Kamer veel eerder de resultaten van het onderzoek bij de huisartsen kan krijgen dan de resultaten van onderzoek elders. Ik zal dus in de brief die ik de Kamer voor de zomer zal sturen, de Kamer op de hoogte stellen.
Ik kom op de financiering van de registraties. We hebben een financiering volgens de dbc/DOT-systematiek. Daar zitten allerlei elementen in en die financieren we met die ene financiering. Vervolgens krijg je natuurlijk gesteggel. Mensen zijn dan bijvoorbeeld van mening dat bepaalde onderdelen waarvan wij menen dat die al in de financiering zitten, nog eens los zouden moeten worden gefinancierd. Dat is niet de bedoeling. Er was een vraag over de DICA-bekostiging. Het DICA wordt momenteel gewoon bekostigd in de dbc/DOT-systematiek. Dat moet in de toekomst zo blijven. Het is wel van groot belang dat die bekostiging doorgaat. We

zitten op dit punt daarom wel heel scherp over de schouder mee te kijken, zo kan ik de Kamer verzekeren.
Ik kom op de motie uit december 2014 over de basisset. Je kunt het verschillend interpreteren. De basisset bestaat nu uit 30 aandoeningen. Er worden basissetindicatoren vastgesteld, die aan het eind van het Jaar van de Transparantie worden opgeleverd. Ten aanzien van de registratie bij de bron, die enorm veel administratieve lasten gaat betekenen, heb ik een subsidie uitgezet. Dat is een ontzettend ingewikkeld traject, maar desalniettemin moeten we dat gewoon doen.

De heer **De Lange** (VVD): Ik wil op dat punt nog wat meer helderheid over het tijdpad. Over die 30 registraties wordt dit voorjaar een beeld opgeleverd. De Minister geeft een aantal keren aan dat de registratie aan de bron het taaie en ingewikkelde proces is. Daarop is nu dus een subsidie verstrekt. Maar wat is nu het tijdpad om uiteindelijk op dat punt tot resultaten te komen?

Minister **Schippers**: Dat tijdpad is er echt een van jaren. Men is er ontzettend druk mee bezig, maar het is ingewikkeld. Het is echt een tijdpad van jaren. Voordat we een registratie aan de bron hebben die we voor allerlei doelen kunnen gebruiken, zijn we jaren verder. Je komt bij het inzichtelijk maken namelijk alle obstakels tegen die je nu ook ziet. Dat is dus echt een jarenlang proces. We hebben daar dan ook een jarenlange subsidie op lopen.

De heer **De Lange** (VVD): Dat is helder. Ik wil toch een specifieker antwoord horen. Moeten we dan aan jaren denken? Algemeen wordt onderkend dat dit een van de basiselementen is om te komen tot een oplossing. Aan die subsidie zijn voorwaarden gesteld. Welk tijdpad zal worden gevolgd?

Minister **Schippers**: Ik weet de datum niet precies. Ik neem het wel mee in de brief. Dan kan de Kamer precies meelezen. Het is echter wel een lang proces. Er lopen nu vijf pilots. Op een gegeven moment zijn die afgelopen. Daar leer je dan weer van. Het registreren bij de bron zal een hele omslag in werken betekenen. Ik zal het hele traject voor de Kamer uitschrijven, met het tijdpad erbij, in de eerstvolgende brief.
Volgens mij heb ik nu alle vragen beantwoord.

De **voorzitter**: Ik wil namens de PvdA-fractie ook nog een vraag stellen. Het is eigenlijk een herhaling van een vraag. De Minister heeft er al een aantal dingen over gezegd. Heel veel mensen, van patiënt tot zorgverlener, zorgaanbieder en de instelling zelf, zeggen: er moeten minder regels komen en wij hebben daar wel ideeën over. Dan lijkt het mij als politica – ik zeg het even heel makkelijk – heel fijn als een aantal mensen zegt: we leveren dat aan en we gaan het met elkaar regelen. Daar is regie voor nodig. Kan de Minister zo'n open oproep aan het veld doen? De Minister zegt: er komt een meldpunt. Daar zou je een bottom-up verhaal van kunnen maken. De Minister zei eerder al dat ze de handschoen oppakt, maar voor mij is nog niet helemaal duidelijk wat er gaat gebeuren en wat het beoogde resultaat dan is.

Minister **Schippers**: Ik meen dat ik net op verzoek van de Kamer het volgende heb aangegeven. Partijen kunnen zeggen: we gaan het niet doen op de manier zoals u dat met de huisartsen doet, we doen het anders maar we leveren bij u wel zaken aan die volgens ons echt weg kunnen. Ik sta daar zeker voor open. Ik zou dat heel graag willen, echt. Die oproep heb ik binnenskamers al verschillende malen gedaan. Het is echter heel complex. Je moet het met elkaar erover eens zijn. De één zegt: dit kan wel weg. Dan zegt de ander: nee, ik vind dat juist dat niet weg kan. Het is dus

heel lastig om te doen. Echter, iedereen die daarmee komt, is van harte welkom. In de brief die ik de Kamer heb gestuurd, heb ik geprobeerd om het traject te beschrijven dat we hebben ingezet. In dat traject is er één grote prioriteit: we willen het zichtbaar, merkbaar, voelbaar minder krijgen voor de mensen. Ik zeg dan ook expliciet: als er partijen zijn met een lijst, dan roep ik hen op om die in te leveren en dan gaan we met die partijen de hele lijst doorlopen.

De **voorzitter**: Ik merk namens mijn fractie op dat ik dat een fantastische oproep vind. Ik probeer het alleen een slagje concreter te maken. De koepels en de partijen die toegang hebben tot het ministerie omdat ze nu eenmaal veel overleggen – dat is goed – zullen dit nu hopelijk gaan doen. Wij horen dan ook graag vanuit het veld wat ze doen. Er zijn echter ook heel veel individuele hulpverleners en zorgverleners. Ik noem zzp'ers en verpleegkundigen, met name verpleegkundigen aan huis maar ook verpleegkundigen in instellingen. Zij zien en horen heel veel, maar komen niet altijd door de normale kanalen heen. Ook zij kunnen denken: ik heb iets. Is er ook nog een manier denkbaar waarop het ministerie een rol zou kunnen vervullen bij een bottom-up benadering? Ik noem het Meldpunt verspilling in de zorg. Zou dat een toegevoegde waarde kunnen hebben, zodat individuen die binnen het systeem zelf vastlopen, zich gehoord voelen? Wil de Minister daarover nadenken?

Minister **Schippers**: Je tijd verdoen aan het invullen van zinloze formulieren is in mijn ogen ook verspilling. Op dat meldpunt krijgen we ook dingen binnen die hieraan raken. Dat is verspilling van tijd en energie. Verder hebben we ook enquêtes uitgezet, zoals de TNS Nipo-enquête waarin we de vraag centraal hebben gesteld: welke concrete overheidsregels binnen de curatieve zorg zijn overbodig of kunnen volgens (zorg)professionals en stafmedewerkers eenvoudiger? Er is ook gevraagd welke alternatieve oplossingen zij zien. 1.282 in de curatieve zorg werkzame zorgprofessionals en stafmedewerkers hebben daarop gereageerd. Voor de analyse van de meest genoemde onderwerpen is gebruikgemaakt van text mining. Daarmee wordt geanalyseerd welke woordcombinaties het meest voorkomen en wordt per sector een overzicht gegeven van een aantal concrete regels of thema's. Denk bijvoorbeeld aan de eis van verwijsbriefjes of machtigingen om bepaalde middelen vergoed te krijgen. Deze resultaten bieden goede handvatten voor vermindering van de regeldruk in de curatieve zorg. We zijn alle binnengekomen meldingen aan het analyseren. We zullen vervolgens met de sector aan de slag gaan om te bekijken hoe we die regels kunnen aanpassen. Dat is een intensief proces. We zullen dat dus in het traject meenemen. We hebben overigens ook gewoon een postbus, hoor. We krijgen ontzettend veel post binnen. Ook ideeën die zo bij ons binnenkomen, zullen we zeker in dankbaarheid aanvaarden. Er zit bij ons echt een heel team op. De heer De Lange kwam met een voorbeeld van een werkbezoek, op grond waarvan hij vraagt om naar een bepaalde wet te kijken: is dat eigenlijk wel van deze tijd en geeft dat geen regeldruk? Ik begrijp dat de inspectie al in overleg is met de KNMP, maar voor onszelf vind ik zo'n vraag een extra trigger om te bekijken wat wíj moeten veranderen voor de KNMP zodat de regeldruk minder wordt. Iedereen met een goed idee is dus zeker welkom, ook iemand die gewoon werkt in de zorg. We hebben het Meldpunt verspilling in de zorg. Het is heel intensief om zo'n meldpunt goed te bemannen. Ik zeg: administratieve last is ook verspilling, dus meld het vooral ook daar.

De **voorzitter**: Dank. We gaan door met de tweede termijn van de Kamer. De woordvoerders hebben in tweede termijn een spreektijd van twee minuten.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Ik houd het kort. Ik dank de Minister voor haar toezeggingen. Het is mooi dat nu concreet wordt gekeken naar een manier om heel praktisch iets op te lossen wat nu nog een bureaucratische praktijk is in de apothekerswereld. Het gaat om de opiatenregistratie, die elektronisch kan, mits goed beveiligd. Dit laatste is het geval, omdat met dit soort systemen op deze manier wordt gewerkt. Het is goed dat dit nader wordt uitgewerkt en ook dat de IGZ contact met de KNMP heeft om te bekijken hoe daarmee op dit moment in het toezicht om te gaan. Ik kan op grond hiervan constateren dat het de inzet is om hier een stuk overbodige regellast op te lossen. Dat is winst.
Verder lijkt mij dat de bespreking van vanochtend helder maakt dat de Minister en het ministerie met een open mind kijken naar vragen vanuit de sector om overbodige regels aan te pakken. Voor de eerste lijn is daarvoor nu een heel traject ingezet. De druk wordt opgevoerd om voor 1 april tot resultaten te komen. Dat wil de VVD gaarne ondersteunen. Die druk zorgt er ook voor dat zaken voor elkaar komen. Het lijkt mij dat, na het rapport van gisteren, ook de ziekenhuizen morgen op de stoep moeten staan, en wel om tegen het ministerie te zeggen dat ze deze aanpak ook willen. Ik heb dat in het laatste algemeen overleg ook gehoord over de ggz. Volgens mij moeten daar dus stappen worden gezet. Het zou mij verbazen, gelet op wat er in het rapport staat, als die aanpak niet wordt gekozen.
Tot slot vind ik het goed om nader geïnformeerd te worden over hoe het gaat lopen wat betreft de registratie bij de bron. We moeten daar de kern te pakken zien te krijgen. Dat is een taai en ingewikkeld proces, maar dat zijn de mooiste processen, want die leiden ertoe dat we uiteindelijk daadwerkelijk tot resultaten komen: niet alleen feitelijk tot minder regels komen, maar dat ook voelen. Dan kunnen de professionals met plezier werken. Dat is altijd in het belang van de patiënt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een paar punten. Ik wil allereerst ingaan op de discussie met de eerstelijnszorg om regeldruk uit te bannen en processen te verbeteren. De Minister zegt: ik kom voor de zomer met een stand van zaken. Kan ze dat nog wat nader duiden? Het is namelijk goed als we als Kamer nog voor het reces over de resultaten kunnen spreken. Ik krijg dus graag nog een precisering.
Volgens mij zijn twee vragen van mij nog niet beantwoord. Ik heb een pleidooi gehouden om bij een kwaliteitscontrole de zorgverzekeraar ertussenuit te halen, omdat die naar mijn idee een grote bron van ellende en van overbodige en verkeerde administratieve druk vormt. Ik hoor daarop graag een reactie van de Minister. Ik heb aangegeven dat de overhead van ziekenhuizen in het Nederlandse stelsel 4% hoger is dan bijvoorbeeld in Engeland. Kan de Minister aangeven waar dat aan ligt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het gaat er inderdaad om dat we kunnen komen tot merkbaar minder regels en dat het vertrouwen in de professional meer voorop komt te staan. Ik kan me nog heel goed herinneren dat een verpleegkundige zei: ik ben 30 jaar geleden het vak van verpleegkundige gaan uitoefenen omdat ik patiënten wilde knuffelen, en niet mijn computer; de laatste jaren ben ik naar mijn gevoel eigenlijk steeds meer met de computer bezig en steeds minder met de patiënt. Ze zei dat weliswaar met een lach in haar stem, maar de ondertoon was wel degelijk serieus. Ze zei ook: dat maakt mijn werk in de laatste jaren dat ik aan het werk ben, toch een stuk minder leuk.
We moeten voor elkaar zien te krijgen dat de aandacht naar de zorg kan uitgaan, en niet naar de regels. We hebben het hier natuurlijk al jaren over. De wens om tot minder regels te komen, is iets wat breed in de sector leeft. Op grond waarvan heeft de Minister er dan toch vertrouwen in dat we nu de sleutel tot succes hebben gevonden? Ik ben benieuwd naar haar invalshoek.

Een ander punt is de terechte opmerking van de Minister dat het heel belangrijk is dat de wetenschappelijke verenigingen erbij betrokken worden. Ik vind het goed om dat te horen. Hoe worden die er precies bij betrokken en welke slag kunnen zij nog maken?
Ik wil voorts nog ingaan op de rol van het Kwaliteitsinstituut. Dat hebben we immers ook in het leven geroepen om de regeldruk te verminderen. Het doet dat nu nog voornamelijk op een polderende manier. Dat is goed op het moment dat dat efficiënt en effectief is, maar verwacht de Minister dat op het moment dat de artsen er niet uitkomen, het Kwaliteitsinstituut wel degelijk in staat is om zijn tanden te laten zien?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik wil de Minister graag bedanken voor de beantwoording en de toezeggingen om met nadere onderzoeken en rapportages te komen. Ik ben blij met het accent dat wordt gelegd op beleving. «Zichtbaar», «merkbaar» en «voelbaar» waren woorden die vielen. Ik denk dat dit inderdaad ongelooflijk belangrijk is als je ook op de werkvloer een voelbare vermindering van regeldruk wilt krijgen. Ik ben ook tevreden over de bereidheid tot een onorthodoxe aanpak en dat alle deuren van het departement opengaan als mensen uit de praktijk zeggen dat zij iets hebben gevonden waar echt werk van gemaakt zou moeten worden.
Ik heb nog een punt dat ik even nadrukkelijk wil noemen. De Minister liet ook een keer het woord «domeinoverstijgend» vallen. Nou, als je domeinoverstijgend bezig bent, berg je dan maar helemaal in de zorg! Op internet staat een verhelderend filmpje van een bestuurder van IrisZorg die de noodklok luidt over een explosie van administratieve lasten in onder andere de verslavingszorg. In 2014 hadden ze 20 contracten en in 2015 hadden ze er 163. Ze hadden 1.255 tarieven voor soms dezelfde zorg. Aan 163 contracten hingen in 2015 nog eens 1.630 eisen om zorg te mogen leveren en van een van de bestuurders heb ik begrepen dat dit oploopt tot boven de 2.000. En dan hebben we het niet eens over de verschillende verantwoordingsrapportages die soms per maand, soms per vier weken en soms per kwartaal aangeleverd moeten worden. Dat is zomaar even een domeinoverstijgend filmpje van dingen waar je dan op het niveau van een instelling tegen aanloopt. Daarom hoop ik op een brede uitwerking van de motie die ik met mevrouw Bruins Slot heb ingediend om inkoop-, kwaliteits- en facturatie-eisen zo veel mogelijk te standaardiseren. Ik vraag de Minister om dat voortvarend op te pakken en de Kamer daarover te rapporteren.

Voorzitter: De Lange

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Goede zorg wordt niet geborgd door regels, maar door vertrouwen, samenwerken, luisteren en uiteindelijk samen beslissen. Maar daar is wel begrijpelijke informatie voor nodig. Daarom ben ik ook blij dat de Minister hartstochtelijk heeft betoogd dat de positie van de patiënt echt versterkt moet worden, dat daarvoor informatie nodig is, maar dat dit er nooit toe mag leiden dat er zo veel regels komen dat dit doel niet wordt bereikt. Ik ben ook blij met de toezegging van de Minister dat we in de zomer nog een brief krijgen over de oproep van de NPCF, waarin zal worden aangegeven op welke manier de regeldruk voor patiënten en cliënten kan worden verminderd.
Een tweede opmerking gaat over mijn vraag aan de Minister om een brede oproep te doen aan het veld om te komen met voorbeelden van onnodige regels die bureaucratie opleveren en niet bijdragen aan werkplezier en de kwaliteit. Sterker nog, het zijn regels die het werkplezier en de kwaliteit in de weg staan. Het is een bottom-up benadering, enerzijds via het Meldpunt Verspilling en anderzijds via de reguliere overleggen op VWS. Wij zijn heel benieuwd naar de analyse naar aanleiding van die meldingen en naar het effect. Immers, de een vindt een

regel totaal overbodig terwijl de ander die heel belangrijk vindt. Ik kan mij zo voorstellen dat een arts van een wetenschappelijke vereniging zegt dat bepaalde regels echt moeten gelden, terwijl een verpleegkundige zegt dat zij er gek van wordt. Wat gaan we op dat moment doen? Dat is het interessante proces dat daarna aan de orde is. Wij zijn dus erg benieuwd naar de analyse van de meldingen en het effect ervan. Waar zitten nu die belemmeringen?
Ik heb ten slotte nog een vraag over de DICA-financiering. De Minister gaf aan dat VWS daar bovenop zit, omdat het meten van de uitkomst, niet alleen in medisch opzicht maar ook wat de beleving van de patiënt betreft, heel belangrijk is. Wat is nu het uitgangspunt? Het is immers nog niet opgelost. Nog niet iedereen heeft dat geborgd. Als we uiteindelijk tot kwaliteit willen komen, moeten we het wel op zo'n manier borgen dat er weinig regels zijn en een maximaal effect wordt behaald. Ik hoor daar dus graag nog een nadere toelichting op.

Voorzitter: Bouwmeester

Minister **Schippers**: Voorzitter. De regeldruk is echt voelbaar in de ggz-instellingen. Ik heb in een eerder overleg al gezegd: als die instellingen ook een traject willen zoals ik dat nu met de eerstelijnszorg en de huisartsen heb ingezet, dan zijn ze van harte welkom. We hebben dat wel in een overleg met hen aan de orde gesteld, maar is er nog geen sprake van een actief vervolg. We moeten ook niet onderschatten wat dat betekent. Als de NVZ of GGZ Nederland aangeeft dat ze dat willen gaan doen, dan gaat men echt een soort pressurecooker in. Dan moeten mensen die het werk doen, tijd vrijmaken om te bepalen wat er daadwerkelijk kan worden geschrapt. Dat heb je wel nodig, want anders heb je niets aan deze methode. En dan blijf je zitten met die lijstjes en met andere trajecten. Ik wijs op het traject dat de huisartsen ingaan. Wij hebben er mensen voor vrijgemaakt die in de vakantie het stokje aan elkaar hebben overgegeven en zeer intensief met elkaar hebben gesproken. Wij kunnen dat niet in ons eentje doen. De sector zal daar dus mensen voor moeten leveren. Kortom, het is een traject waarbij we niet moeten onderschatten wat we daarvoor van anderen vragen.
De heer Van Gerven heeft gevraagd of wij de brief tijdig voor de zomer kunnen sturen, zodat er nog over gesproken kan worden. Ik zal dat doen, zodat we daar voor het reces nog met elkaar over kunnen spreken. Ik zal daarvoor zorgen.

De heer **Van Gerven** (SP): Zou dat eind mei kunnen?

Minister **Schippers**: Dat gaan we proberen, maar dan kunnen de zaken die net iets later komen, niet meer in de brief worden meegenomen. Maar daar zullen we dan nog wel even op puzzelen. Daar kom ik nog wel bij de Kamer op terug. In principe is dat echter ons streven.
De heer Van Gerven houdt een pleidooi om bij de kwaliteitscontrole de verzekeraar ertussenuit te halen. Wij willen dat de verzekeraars niet alleen op prijs maar ook op kwaliteit inkopen. Dan moeten ze wel weten waar ze op kunnen inkopen. Daar zijn indicatoren voor nodig. Als er iets geregistreerd is bij het Kwaliteitsinstituut, dan hebben patiënten, wetenschappelijke verenigingen en verzekeraars daarover meegedacht en daaraan meegewerkt. De verzekeraars hebben gezegd: dan is dat ons kompas voor de inkoop, dan gaan wij niet zeggen dat wij er nog iets bovenop doen. Maar als er niets is, moet er wel iets komen. Ik ben er zelf zeer gecharmeerd van als een sector bijvoorbeeld door middel van visitaties een kwaliteitsstandaard hooghoudt, maar de uitkomst van die visitaties moet dan wel zodanig publiek worden dat een patiënt er ook iets aan heeft. Anders wordt het allemaal intern gehouden en wordt de kennis alleen onder de eigen mensen verspreid. Ik vind het heel positief en ben

bijvoorbeeld met de eerstelijns-ggz aan het nadenken over de vraag of het niet kan worden vervangen door visitaties, maar dan moeten bepaalde zaken wel openbaar worden gemaakt, zodat wij daar met elkaar iets aan hebben. Dat gesprek loopt nu.
De heer Van Gerven heeft ten slotte nog gevraagd hoe kan worden verklaard dat in Nederland de overhead van ziekenhuizen 4% hoger is dan in het Verenigd Koninkrijk. De overhead van ziekenhuizen is heel lastig met elkaar te vergelijken, omdat de landen allemaal verschillende definities hanteren. De standaardisering is er bij ons nog niet, maar die is ook internationaal nog niet echt gerealiseerd. Wij kunnen de overhead van Nederlandse ziekenhuizen dus niet vergelijken met die van ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk. We moeten er overigens voor oppassen dat we overhead niet per definitie als iets slechts beschouwen. Die neiging hebben we weleens. Een regel is niet per definitie slecht, en overhead ook niet, omdat daarmee ook kan worden voorkomen dat mensen die het werk daadwerkelijk moeten doen, een belangrijk deel van hun tijd verliezen aan allerlei administratieve handelingen. Je kunt het immers ook zo organiseren dat die mensen het niet hoeven te doen. Dan hoeven de mensen die het werk doen, zich daar niet mee bezig te houden. Een ander voorbeeld is dat met overhead een omgeving wordt geschapen waarin mensen hun werk heel goed kunnen doen. Ik vind overhead dus niet per definitie verkeerd, maar daar waar het onzinnig is, moeten we het weghalen.
Mevrouw Bruins Slot vroeg waarom ik denk dat het nu wel zal lukken. Ik ben bescheiden en zeg niet dat ik nu de wereld ga veranderen. Wat ik wel doe, is dat ik naast het traject dat we altijd hebben lopen – volgens het regeerakkoord een standaardmeting – een traject zet met de eerstelijners en iedereen die zich daar verder voor aanmeldt. Dat is het tweede, dat betekent bottom-up, dat betekent vanaf de werkvloer naar boven werken. Ik start daarnaast een Kafka-traject waarin we met een praktijkteam bezien hoe we zaken aan elkaar kunnen knopen en problemen kunnen oplossen. We hebben daarnaast enquêtes lopen waarin mensen hun frustraties kunnen aangeven, waarin ze kunnen aangeven waar ze zich aan ergeren en wat hen belemmert. Met andere woorden, we proberen het nu fors en breed in te zetten. Ik heb ook beschreven welke acties we allemaal hebben lopen. We doen het niet zonder onderzoek. Anders zou je immers maar wat doen. De methode die die we ten aanzien van de huisartsen hebben gehanteerd, is geen methode die uitgebreid is onderzocht en vervolgens is aanbevolen. Het is een methode waar de mensen in het werkveld zelf om gevraagd hebben. Dat lijkt me minstens zo belangrijk.
Hoe worden de wetenschappelijke verenigingen erbij betrokken? Die worden intensief betrokken bij het traject. De wetenschappelijke verenigingen zitten daar aan tafel. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zat aan tafel bij de huisartsen. Dat levert ook heel interessante discussies op in zo'n beroepsgroep.

De **voorzitter**: Ik heb namens de PvdA-fractie nog een korte vraag. Zit de V&VN daar ook bij?

Minister **Schippers**: Dat hangt ervan af. Als je in een ziekenhuis gaat kijken, is dat aan de orde. Dit was een traject voor de huisartsen. Dus als de verpleegkundigen zich bij ons melden met de mededeling dat zij een traject willen, dan zullen wij bekijken hoe we met hen dat traject ingaan. De verpleegkundigen zijn al een keer onderzocht door Actal. De uitkomst van dat onderzoek is heel opmerkelijk. Het is best aardig om dat nog eens te lezen. Als we een traject voor de fysiotherapeuten starten, dan zitten de verpleegkundigen daar niet bij. Daarbij zitten de fysiotherapeuten en de wetenschappelijke vereniging die over de kwaliteitseisen gaat.
We proberen ook de verzekeraars rond die tafels te krijgen. Die moeten echt standaardiseren. De heer Van der Staaij gaf een voorbeeld waaruit

blijkt dat er ook bij de verzekeraars een grote slag moet worden gemaakt. Ik kan begrijpen dat je verschillende gewichten hanteert, maar je kunt toch wel standaardformulieren gebruiken? Dat is een heel belangrijke slag die we van de verzekeraars kunnen vragen. Zo moet iedereen zijn duit in het zakje doen.
Mevrouw Bruins Slot heeft erop gewezen dat het Kwaliteitsinstituut ervoor moet zorgen dat de regeldruk wordt verminderd en dat het dit nu nog voornamelijk op een polderende manier doet. Zij heeft gevraagd of ik verwacht dat het instituut zijn tanden zal laten zien. Ik verwacht meer van het Kwaliteitsinstituut dan het het eerste jaar heeft laten zien. Daarover ben ik heel helder. Ik voer daarover ook intensieve gesprekken met het Kwaliteitsinstituut.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De logische vervolgvraag is dan natuurlijk: wat verwacht de Minister precies van het Kwaliteitsinstituut, wat het tot nu toe niet heeft laten zien?

Minister **Schippers**: Ik begrijp dat je het eerste jaar na de start van het Kwaliteitsinstituut poldert. Dat is voorbij. Vervolgens ga je een nieuwe fase in. Sommige dingen zijn nu geregeld, maar je moet doorbijten op de dingen die nog niet geregeld zijn. Ik heb de regie genomen in het proces ten aanzien van het aanleveren van de 30 aandoeningen. Dat had het Kwaliteitsinstituut ook kunnen doen. Dat heb ik gedaan, omdat ik geen tijd heb om te wachten. Daarom heb ik het gedaan. Het Kwaliteitsinstituut had dat ook kunnen doen. Ik vind dat het Kwaliteitsinstituut zijn rol moet oppakken. Het Kwaliteitsinstituut doet dat op sommige terreinen op een indrukwekkende manier, het laat heel mooie resultaten zien, maar er zijn ook trajecten waarbij het erop aankomt dat een volgende fase wordt ingegaan. We weten dat er nu ook weer een wisseling is. De persoon die het aanstuurde, is vertrokken en wij zijn nu bezig met de procedure om hem te vervangen. In dat gesprek is het verminderen van de regeldruk een expliciet aandachtspunt.
Bij domeinoverstijgend werken is standaardisatie heel belangrijk. Je bent al heel snel domeinoverstijgend bezig. Wij klagen veel dat de grote zorgverzekeraars te weinig standaardiseren, maar dat is bij 400 gemeenten natuurlijk nog een heel ander verhaal. Ik heb een aantal werkbezoeken bij instellingen afgelegd. Sommige instellingen hebben cliënten uit heel veel verschillende gemeenten. Zij moeten ervoor oppassen dat ze niet voor iedere gemeente net een andere bepaling in de accountantsverklaring opnemen. Dat zijn natuurlijk ook overgangsperikelen, maar daar moeten we met elkaar echt bovenop zitten. We moeten slagen maken en ervoor zorgen dat ook gemeenten standaardiseren.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb nog een concrete vraag. Wanneer kunnen we meer horen over de uitvoering van de tijdens de begrotingsbehandeling ingediende en aangenomen motie van mevrouw Bruins Slot en mij, waarin de regering wordt opgeroepen om in 2016 te bevorderen dat zorgverzekeraars, zorgkantoren respectievelijk gemeenten aan de standaardisatie van inkoop-, kwaliteits- en facturatie-eisen werken? Zal de regering dat ambitieus oppakken, zodat die motie haar uitwerking kan hebben voor de contracteerrondes voor 2017?

Minister **Schippers**: Ik zal de voortgang ten aanzien van de uitvoering van die motie uiteraard meenemen in de brief die voor de zomer komt. We zijn daar druk mee bezig. Het is wel heel ambitieus, want voor de inkoop moet je echt heel snel zijn. Ik kom daar in de brief dus op terug.
Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd om een analyse van de meldingen vanuit het veld en het effect daarvan. Ik heb in de brief al aangegeven wat we met de enquêtes doen die door TNS Nipo worden uitgezet. We hebben niet gewacht totdat mensen naar ons kwamen, maar

wij zijn met onze vragen naar mensen gegaan. Dat vind ik ook goed, want anders krijg je altijd eenzelfde soort groep die reageert. Wij zijn echter actief op pad gegaan en wij zijn daar druk mee bezig. Ten aanzien van de verspilling zitten we echt in een cyclus. Ook daar zie je echt hardnekkige dingen. Ik zeg het maar eerlijk. Het is soms heel hardnekkig. Het is desalniettemin iets waar we echt wat mee moeten doen. In de meldingen en enquêtes wordt heel veel gesproken over machtigingen. Dat is ook bij de huisartsen aan de orde geweest. Dat is dus iets wat echt opgepakt wordt in alle werkgroepen. Het gaat om de vraag hoe we daar veel slimmer mee om kunnen gaan dan tot nu toe gebeurt. Hoe zorgen we ervoor dat we niet die rompslomp hebben, maar dat er wel sprake is van zinnig en zuinig gebruik?
Ik heb ook schriftelijke vragen over de Stichting DICA gekregen. Wij houden de ontwikkeling scherp in de gaten. We nemen echter niet de verantwoordelijkheid van partijen over. Dan zouden we immers langzaam maar zeker naar een heel ander systeem van financiering van dit soort trajecten gaan. Dit soort trajecten wordt nu als initiatief gefinancierd uit de dbc. Daarbij zijn de eigen medische specialisten de drijvende kracht. Die doen dat op veel gebieden ook heel goed. We willen niet dat het een ambtelijke exercitie wordt, dat wij de drijvende kracht worden en dat wij dat gaan financieren. Het moet dus daar blijven liggen. Wij houden de vinger aan de pols, maar we nemen niet de verantwoordelijkheid over. Het is evident dat dit heel belangrijke trajecten zijn.

De **voorzitter**: Ik heb zelf namens de PvdA-fractie nog een korte vraag. Begrijp ik goed dat het financieren van het meten van de uitkomst gewoon in de dbc zit? Er is dus geen extra geld nodig? Dat dient gewoon betaald te worden uit die enorme pot die er bij de beroepsgroep ligt en dat geldt voor alle doelgroepen die met een vergelijkbare meting van DICA of een ander meetinstrument gaan werken?

Minister **Schippers**: Ja, dat is het principe. Daar hecht ik zeer aan. Immers, voordat je het weet, wordt aan mij gevraagd om apart richtlijnen te financieren omdat het niet snel genoeg gaat of om dit soort trajecten te financieren omdat het stokt. Dan hebben we wel te maken met een heel ander financieringsmodel. Dan moet je er echt totaal anders naar kijken. Wij hebben juist met elkaar afgesproken dat dit onderdeel is van de financiering zoals we die nu hebben opgezet.

De heer **De Lange** (VVD): Ik heb nog een aanvulling op dit punt. Het klopt dat daarover schriftelijke vragen zijn gesteld. Die heb ik namelijk gesteld. Ik snap dat de Minister zegt: ik ga niet op een stoel zitten waar ik niet op hoor te zitten. Ze moeten er natuurlijk zelf uit zien te komen. De algemene opinie is, ook hier, dat dit een heel belangrijke registratie is, met effecten. Wat voor elementen zijn er nu nog wel om ervoor te zorgen dat de partijen er in ieder geval met elkaar uit gaan komen?

Minister **Schippers**: Dat is nu echt een belangrijke verantwoordelijkheid van partijen. De Stichting DICA is niet zomaar iets. Wij hechten er zeer veel belang aan en zien ook allemaal de kwaliteitsverbetering die ermee gepaard gaat. Als ik ga zeggen dat ik zal bijpassen als de partijen er niet uitkomen, want zal dan de uitkomst zijn? Dat kan toch niet waar zijn! Het kan toch niet zo zijn dat wij langzaam maar zeker richtlijnen gaan financieren, dit soort meetinstrumenten gaan financieren? Dan zetten we langzaam maar zeker de hele financiering van ons systeem onder druk. Zo gaan we het niet doen. De partijen moeten dat doen. Dat is een belangrijke verantwoordelijkheid. Ik verwacht gewoon dat ze daaruit komen, niet alleen in het belang van de patiënt maar ook in het belang van de eigen professie en de eigen kwaliteitsontwikkeling van de beroepsgroep.

De heer **De Lange** (VVD): Dat is helder. Binnen de mogelijkheden zijn het belang dat er wordt neergelegd en de verwachting die men daarvan heeft, dus helder. Dat lijkt mij dan in ieder geval ook het heldere politieke signaal dat het van groot belang is dat die partijen eruit komen. Hopelijk leidt dat ertoe dat men een goed besluit neemt om iets wat gewoon goed werkt, de komende jaren nog beter te laten werken.

Minister **Schippers**: Kunt u zich voorstellen dat we zeggen: we stoppen daar gewoon mee?

De heer **De Lange** (VVD): Nee. Daarom spreek ik ook mijn zorgen uit.

Minister **Schippers**: Ik kan me dat ook niet voorstellen.

De **voorzitter**: Dat is een mooie heldere conclusie aan het einde van dit algemeen overleg.
Ik lees de toezeggingen voor.
– De Kamer wordt eind mei in de eerstvolgende voortgangsrapportage administratieve lasten en regeldruk nader bericht over onder meer:
uitkomsten en actiepunten naar aanleiding van een gesprek met de NPCF;
stand van zaken onderzoek en eventueel resultaten ervaren regeldruk;
stand van zaken traject, tijdpad en opzet registratie bij de bron;
stand van zaken uitvoering motie-Van der Staaij/Bruins Slot.
Dat waren de toezeggingen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wijs op de toezegging van de Minister om de wetsvoorstellen voortaan naar Actal toe te sturen, waardoor de Kamer die informatie ook krijgt. Die toezegging heb ik niet gehoord. Dat moet uiteindelijk ook bij de Kamer terechtkomen.

De **voorzitter**: Dat is een aparte toezegging. Ik las net op welke toezeggingen per brief worden afgehandeld. Dit is inderdaad een aparte toezegging die ik had moeten vermelden. Dank daarvoor.

De heer **De Lange** (VVD): Volgens mij is toegezegd om te kijken naar de mate waarin de praktijk ten aanzien van die opiatenregistratie bij de apothekers naar 2016 gebracht kan worden.

De **voorzitter**: Dat is ook een toezegging. Die is bij dezen ook genoteerd. Daarmee zijn wij echt gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik bedank de Minister, haar medewerkers, de leden voor hun aanwezigheid en de mensen op de publieke tribune en thuis voor hun belangstelling.

Sluiting 11.41 uur.